

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o 272

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert MATTERN

Né le 3 juin 1906, à Paris

**NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES
ET SYPHILIS**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

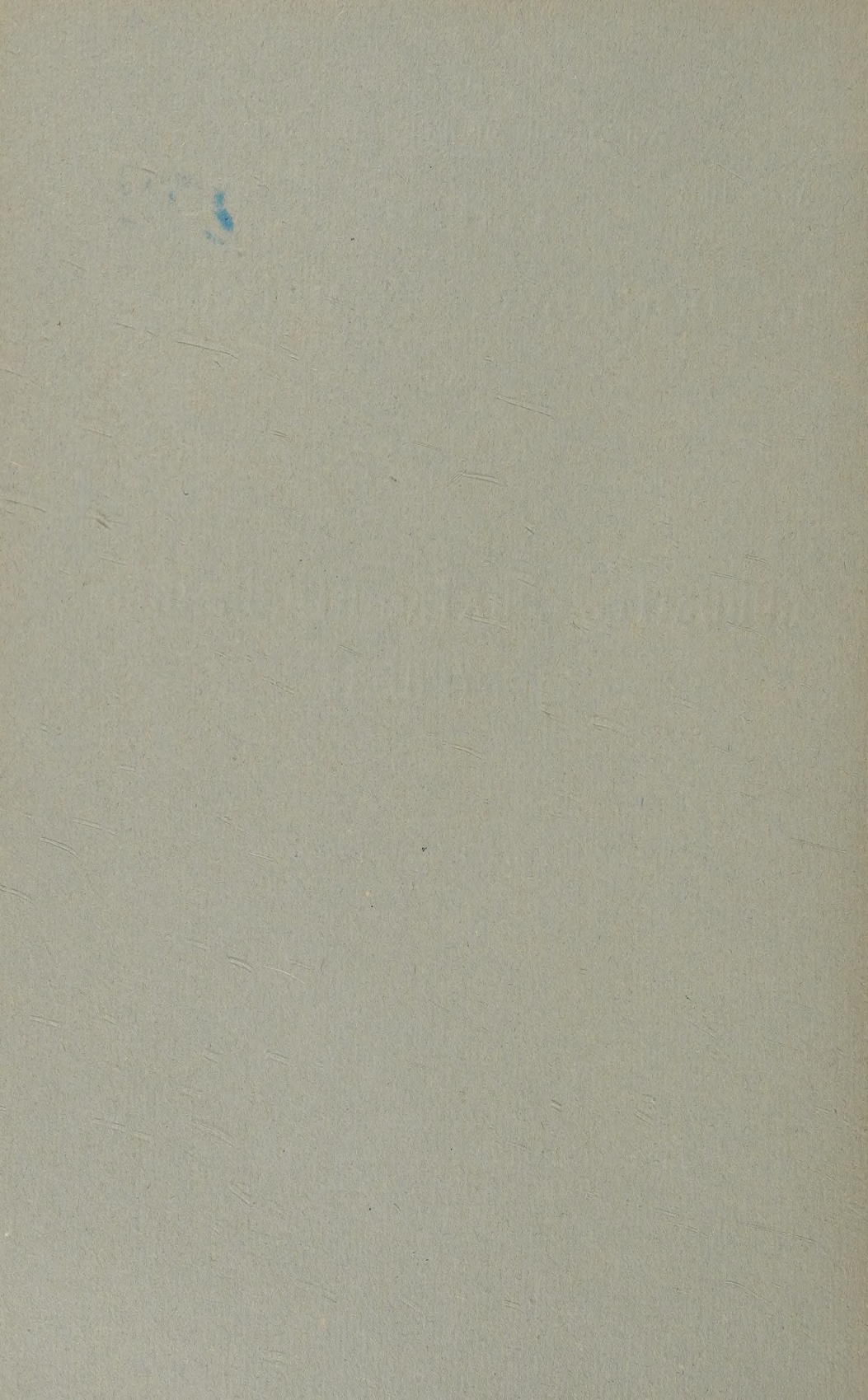
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert MATTERN

Né le 3 juin 1906, à Paris

NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES
ET SYPHILIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM

Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chair.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Dont le brillant enseignement nous a
appris à connaître et à apprécier la
dermatologie et qui a bien voulu nous
faire l'honneur de présider cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre respectueuse reconnais-
sance.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR E. SERGENT

Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Broussais

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre reconnaissance infinie et de notre respectueux attachement pour la bonté qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner dans le précieux enseignement qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer durant notre séjour dans son service.

A M. LE DOCTEUR BURNIER

Médecin-assistant de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui a bien voulu nous inspirer ce
travail ; en témoignage de notre vive
gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR GOSSET
M. LE PROFESSEUR BEZANÇON
M. LE DOCTEUR CLAISSE

Externat :

M. LE DOCTEUR BRÉCHOT
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY LAROCHE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ
M. LE PROFESSEUR SERGENT
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGEROT

A M. LE DOCTEUR ETIENNE BERNARD, médecin des
hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR ROBERT SOUPAULT, chirurgien
des hôpitaux.

A MM. LES DOCTEURS DURAND, BORDET, KOU-
RILSKY, BENDA, CARTEAUD, BLUM, LÉON
MICHAUX, POUMEAU-DELILLE, SYLVAIN BLON-
DIN, LEJEUNE.

Nodosités juxta-articulaires et Syphilis

DÉFINITION

On entend sous le nom de nodosités juxta-articulaires une affection caractérisée par l'existence de nodules sous-cutanées, arrondis ou lobulés, le plus souvent multiples et symétriques, ayant pour trait particulier de siéger presque exclusivement au voisinage des articulations et sur les crêtes osseuses. De la grosseur d'un poids à celui d'un œuf de poule, de consistance dure, mobiles sous la peau qui d'ordinaire est normale, elles paraissent adhérentes aux plans profonds ; habituellement indolentes, elles persistent indéfiniment, mais peuvent aussi se résorber spontanément et à l'exception se ramollir, s'ulcérer, se fistuliser et laisser une cicatrice indélébile.

En 1798, à la Guadeloupe et en 1786 à Saint-Dominique, un médecin français, Bertin, signala pour la première fois ces nodules et nota déjà le rapport qui existait entre cette affection et le pian et la syphilis.

Un siècle plus tard, aux environs de 1891, un médecin brésilien, A. Lutz, étant à Honolulu, fit mention incidemment de ces nodosités juxta-articulaires.

Malgré ces observations déjà lointaines, ce n'est qu'en 1891-1900 que Jeanselme, au cours d'un voyage

d'études scientifiques qu'il accomplissait en Indochine, reprit l'étude de cette affection à laquelle il donna le nom de *Nodosités juxta-articulaires*.

Certains auteurs, d'ailleurs, désignent cette maladie sous le nom de maladie de *Jeanselme-Lutz*.

ÉTUDE CLINIQUE

Ces nodosités, comme l'a nettement signalé Jeanselme dans la définition qu'il en donne, ont un siège de prédilection incontestable.

Il s'agit, en effet, et dans la majorité des cas, de tumeurs siégeant au voisinage d'un os, au pourtour d'une articulation, quelle que soit son importance anatomique.

Ces nodosités ont été observées surtout au niveau de l'olécrane, puis au voisinage de l'épaule, du poignet, des doigts, aux régions fessières, aux trochanters, aux genoux, aux malléoles tibiales et péronières, sur le cou-de-pied. Parfois aussi, à distance des articulations le long des crêtes osseuses en particulier, le long des diaphyses osseuses du bras, de l'avant-bras, des jambes, sur le gril costal, au front, aux mastoïdes.

Ce siège particulier des nodules semble vraisemblablement commandé par la fréquence de petits traumatismes et l'irritation mécanique de certaines articulations ou zone osseuse ; et l'on pourrait, connaissant l'influence du traumatisme sur les localisations des accidents tertiaires, citer les exemples de Dekester, Martin et Lacapère, du siège médio frontal de certaines nodosités qu'ils observèrent chez des

Marocains, accoutumés à se frapper fréquemment le front contre le sol au cours de leurs prières.

La grosseur des nodules est essentiellement variable. En général cependant, la taille des nodosités peut être comparée à celle d'une noix, mais il n'est pas rare de constater des nodosités beaucoup plus grosses, atteignant facilement le volume d'une prune, d'un œuf de poule et même d'une mandarine. Inversement, la taille peut n'atteindre que celle d'une noisette, d'un grain de riz et même d'une tête d'épingle.

La forme des nodosités est arrondie ou ovalaire. La consistance en est dure, parfois même ligneuse, pierreuse ; d'autres fois, au contraire, la consistance est plus rénitente, voire même élastique. Certains nodules ont pu se ramollir, devenir fluctuants, se fistuliser à la peau, laissant parfois de petites cicatrices persistantes.

Dans la règle cependant, la peau qui recouvre ces nodosités est normale, ne présentant aucune altération notable, si ce n'est parfois une coloration légèrement brunâtre, rougeâtre ou violacée. Certains ont signalé quelques verrucosités au niveau des nodules.

Les nodosités sont en général mobiles sous la peau qui les recouvre et sur les plans profonds. Mais on a cité dans quelques observations une adhérence de certains nodules à l'épiderme ou aux plans profonds atteignant dans un cas le périoste.

Leur nombre est essentiellement variable ; les cas sont rares cependant où l'on ne constate qu'une seule nodosité. Dans la règle on en compte 2, 3 ou 4. Cer-

tains auteurs ont rapporté des cas de 10, 20, 30, même 50 nodosités coexistant chez un même sujet. Elles siègent alors au pourtour ou au voisinage des différents articles et en chapelet le long des crêtes osseuses. Souvent les nodosités sont symétriques : 2 coudes, 2 trochanters par exemple. Mais toutes les associations sont possibles : 2 coudes, 1 fesse, 1 genou ; 2 coudes, 1 cou-de-pied ; 2 coudes, 1 genou, 1 trochanter ; 2 genoux, 1 poignet ; 2 trochanters, 1 coude, etc...

Leur évolution est chronique. Le plus grand nombre des malades qui viennent consulter sont déjà porteurs de leurs nodosités depuis des mois, souvent même des années.

Certains nodules régressent spontanément et disparaissent sans laisser aucune trace. D'autres augmentent lentement de volume, laissant la peau le plus souvent saine, mais finissent quelquefois par se ramollir et se fistuliser. On ne note, par la suite, que de petites cicatrices, reliquat de ces nodosités qui se sont ulcérées.

Habituellement indolores, les nodosités assez rarement peuvent être la cause de troubles fonctionnels divers ; douleurs spontanées ou douleurs à la pression, gêne mécanique dans les mouvements de l'articulation : compression nerveuse, qui peut provoquer des douleurs, non plus au niveau de la nodosité même mais sur le membre intéressé. On a pu noter aussi l'existence de douleurs articulaires multiples, véritables pseudo-rhumatismes syphilitiques, dont nous reparlerons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur une coupe de nodosité excisée, on constate que la surface est unie, homogène, grisâtre, fibromateuse. Sur les nodosités anciennes, le centre prend un aspect jaunâtre, se ramollit et laisse une cavité anfractueuse.

Histologiquement, les nodosités sont constituées le plus souvent par un tissu fibreux plus ou moins compact et en partie dégénéré (Goodmann, Sparaccio, Jessner, Jeanselme et Eliascheff, Sannicandro, etc.).

Jeanselme distingue 3 zones :

- une interne ou de dégénération,
- une externe ou de réaction inflammatoire,
- une intermédiaire ou de transition.

La zone centrale dégénérative est formée de blocs homogènes irréguliers et translucides, de tissu conjonctif riche en polynucléaires.

La zone externe, de réaction inflammatoire comprend 2 parties, l'une de tissu conjonctif fibreux, l'autre de tissu conjonctif jeune.

La zone de transition est caractérisée par l'homogénéisation graduelle de faisceaux conjonctifs qui perdent leur état fibrillaire.

Van Dijke et Oudendal distinguent aussi 3 zones,

dont la zone intermédiaire contient une grande quantité de petits vaisseaux entourés d'un infiltrat très dense, infiltrat composé de lymphocytes, plasmocytes, de cellules épithélioïdes, cellules géantes et d'un tissu conjonctif jeune.

La présence de cellules épithélioïdes ou de cellules géantes a aussi été décrite par Fox, Sparaccio, Jadan, Montpellier, Olessov, ainsi que de cellules éosinophiles (Olessov), de cellules fusiformes surtout au pourtour des vaisseaux (Truffi) de polynucléaires (Goodmann, Sannicandro, Jeanselme et Eliascheff).

Gange et Argaud, ainsi que Feldmann, Bratjlawsky et Feingold constatèrent une endovascularite typique comme dans la syphilis avec oblitération partielle de la lumière vasculaire et un infiltrat périvasculaire composé de plasmocytes et de cellules géantes. A côté de ces lésions, Gange et Argaud trouvèrent dans un cas une métaplasie des parties centrales donnant un aspect chondroïde.

Mendelsohn ayant examiné au Siam un grand nombre de nodosités juxta-articulaires a trouvé dans des lésions anciennes, à côté de calcification, une dégénérescence amyloïde et grasseuse. Il considère ces nodules comme une forme spéciale de xanthome et il les a décrites sous le nom de xanthome tropical. Cette dégénérescence xanthomateuse a été constatée aussi par Takasaki, Jessner et de Quervain et supposée par Jeanselme et Eliascheff. Des amas de cellules grasseuses dans les parties périphériques du nodule ont été décrites par Van Dijke et Oudendal et par

Jessner ainsi que des cellules ramifiées chargée des pigment ferrique (de Quervain, Jessner).

On peut, en somme, trouver dans ces nodosités, tantôt un aspect syphiloïde, tantôt simplement des altérations inflammatoires chroniques (Brunsting).

BACTÉRIOLOGIE

Les recherches bactériologiques ont fourni les résultats suivants :

En 1909-1910, sur la coupe de nodosités provenant de Madagascar, Fontoynont et Carougeau constatèrent des petits grains blancs formés par des filaments mycéliens que Gougerot identifia avec un *discomyces*, mais la culture échoua.

En 1922, Van Dijke et Oudendal, en Malaisie, découvrirent sur les coupes de 11 nodosités colorées par la méthode de Levaditi l'existence de spirochètes situées surtout au contact des vaisseaux et dont les connexions avec les tissus étaient les mêmes que dans les productions syphilitiques. Mais, même à l'ultramicroscope, ces auteurs ne purent distinguer s'il s'agissait du tréponème de Schaudinn ou de celui de Castellani.

Galli Valerio, après avoir mis en doute les résultats obtenus par Van Dijke et Oudendal et pensé que les spirochètes qu'ils avaient trouvés sur les coupes colorées des nodosités n'étaient probablement que des fibres élastiques ou des fibres conjonctives, put se convaincre, après examen des coupes de Van Dijke et Oudendal, qu'il s'agissait, en réalité, bien là du tréponème.

En 1923, Clapier, dans l'ouest africain, retrouva dans le suc obtenu par ponction de plusieurs nodosités, des spirochètes en grand nombre qu'il considéra aussi comme des tréponèmes du pian.

En 1926, Van Hoof, au Congo Belge, signale avoir souvent constaté l'existence de spirochètes dans la sérosité colloïde et dans les parties dégénérées de nodosités.

En 1927, Takasaki et Ikegami, sur 48 cas de nodosités observés dans les îles du Pacifique et colorées au Levaditi, constatèrent dans 60 % des cas, la présence de tréponèmes dans le tissu de dégénérescence de la tumeur et dans la zone intermédiaire. Ces spirochètes ont en général des spires régulières et fines, au nombre de 8 à 18 ; leur longueur moyenne est de 8 à 20 μ , la hauteur des spires de 0,6 à 1,2 μ . Les auteurs japonais considèrent qu'il s'agit là d'un tréponème spécial différent du tréponème du Pian et de celui de la syphilis.

Plus récemment, en 1931, dans 5 cas de nodosités observés chez des malades ayant toujours vécu en Sibérie, Araviski et Bulvachter constatèrent à la limite des zones nécrosées après coloration par la méthode de Bogolievov, la présence de nombreux spirochètes et spirilles, accompagnés de bacilles fusiformes, de cocci et de filaments mycéliens.

Les cultures des nodosités n'ont jusqu'ici donné aucun résultat. Gougerot, Burnier et Bonnin ont cultivé une variété de céphalosporium, Curie et Hollmann

un *Aspergillus*, Araviski et Bulvachter un streptothrix; mais il semble que ces champignons ne soient en réalité que des impuretés.

De même, les résultats ont été nuls quant au coccus que Sorbenheim cultiva des nodosités d'un malade de de Quervain, de même aussi des bâtonnets obtenus par Araviski et Bulvachter.

D'autre part, Jeanselme a reconnu que le pus provenant des nodosités ulcérées était toujours stérile.

L'inoculation aux animaux a le plus souvent donné des résultats négatifs en ce qui concerne les champignons (Fontoynt et Carougeau, Gougerot, Burnier et Bonnin).

Jessner inocula sans résultat le contenu grumeleux des nodosités au cobaye; Mendelsohn et de Quervain échouèrent de même dans leur inoculation au testicule de lapin.

Araviski et Bulvachter purent produire une pseudo-tuberculose par l'inoculation au cobaye des cultures de streptothrix qu'ils avaient obtenues.

Cependant en 1928, Jessner put le premier obtenir en Mongolie un chancre syphilitique par inoculation au lapin des nodosités juxta-articulaires. Il s'agissait en fait d'une inoculation de deuxième génération.

Jessner inocula des fragments de nodosités à un premier lapin qui ne présenta aucun accident, mais après inoculation des ganglions poplités de ce lapin à un second lapin, il vit apparaître alors un chancre syphilitique.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

La répartition des nodosités juxta-articulaires est très vaste : cette affection qu'on avait cru limitée aux pays tropicaux a été en réalité observée dans tous les pays.

En **Asie** et en **Australie**, on les a observées en *Indochine* (Jeanselme, Montel, Polidori); au *Siam* (Mendelsohn); aux *Indes Anglaises* (Powell, Bell, Gulati, Jolly, Ramsay, Megaw et Gupta); à *Ceylan* (Castelani, Spittel); aux *Indes néerlandaises* (Sterner, Van Dijke et Oudendal, Van Loon, Genner, Egyedi, Kopstein, Kuiper, Waar, Zur Verth, Penris, Winckel); aux *Philippines* (Gutierrez Sellards et Goodpasture, Lopez-Rizal, Ayuyao); à *Timor* (da Costa); aux *îles Palau*, aux *Mariannes* et aux *Carolines* (Takasugi, Takasaki et Ikegami); à *Maurice* (Lafont); aux *îles Hawaï* (Lutz, Curie et Hollamnn); à *Samoa* (Parham, Ritchie); à la *Nouvelle-Guinée* et à la *Nouvelle-Calédonie* (Mac Gregor, Giblin, Leboeuf, Breinl, Jojot, Commes, Ziemann); au *Japon* (Hasegawa, Aramaki); en *Chine* (Kem Lai et Lai, Koopmann, Akalejian, Poupelain); en *Sibérie* (Araviski et Bulvachter); en *Mongolie* (Jessner).

En **Afrique**, les nodosités juxta-articulaires ont été observées en *Algérie* (Gros, Brault, Foley et Parrot,

Cange et Argaud, Nénon, Brouard, Noël, Montpellier, Fusco); au *Maroc* (Decrop et Crambes, Dekester et Martin, Lacapère, Remlinger, Delancé, Escobar, Proteus); en *Tunisie* (Jamin); en *Tripolitaine* (Onorato); en *Cyrénaïque* (Patane); en *Egypte* et au *Soudan* (Fuesco, Cantlie, Engelsen); en *Abyssinie* (Nägelsbach); au *Somaliland* (Veneroni); au *Kenya* et *Oubangui* (Clapier, Callanan); au *Nyassaland* (Davey, Dye); au *Congo belge* (Mouchet et Dubois, Lejeune et Duren, Moncarey, Van Hoof, Dupuy); en *Guinée* (Joyeux, Jojsh); au *Liberia* (Maas); au *Cameroun* (Ziemann, Noël); au *Sénégal* (Neveux, Nogué); à *Madagascar* (Fontoynt et Carougeau, Gougerot, Burnier et Bonnin); aux *Comores* (Sudley); à *Maurice* (Lafont).

En **Amérique du Nord**, 50 cas de nodosités juxta-articulaires ont été signalés aux *Etats-Unis* (Weber, Goodmann, Fox, Lane, Fordyce, Maloney, Parounagian, Schamberg, Levine, Schwartz, Greenbaum, Irvine et Turnacliff, Oleynick, Appel, Highman, Ros-tenberg, Nicholson, Cole et Driver, Hopkins, Brunsting, Lunsford, Skolnik).

En **Amérique centrale**, des observations de nodosités ont été rapportées : aux *Antilles* et à *Cuba* (Fox, Sellards et Goodpasture, Moss, Butler et Peterson, Quero, Ferrer, Castello et Mestre, Grau et Pelaez); à *Costa-Rica* (Nunez, Fallas, v. Bulow).

Dans **l'Amérique du Sud**, 70 cas de nodosités ont été publiés : au *Brésil* (Rabello, da Matta, Montenegro, Aleixo, da Silva, Oiticica, Teive, Terra, Castro, Gavião,

de Almeida et de Oliveira, Povoa) ; en *Argentine* et au *Paraguay* (Mühlens, Dios, Petrocchi et Zuccarini, Balina, Besombrio et Aubrun).

Enfin, en **Europe**, les cas de nodosités juxta-articulaires ne sont pas rares, puisqu'une centaine de cas ont déjà été publiés chez des malades qui n'avaient pas quitté leur pays. Les cas les plus nombreux ont été observés : en *Russie* (Metscherky, Jordan, Wassiliowa, Olessov, Silbermann, Borschevski, Feldmann, Brazlavski, Petrouchkine, Nanum, Rossof, Joffe, Smelof, Komarov, Bubermann, Alieva, Montrel, Prokoptchouk, Lichovidov, Berson et Klebanof, Ivanof). Puis viennent les cas observés : en *Allemagne* (Jessner, Werther, Martin, Gottron, Fischer, Strauss, Stern, Hoffmann, Fröhlich, Leibkind ; en *France* (Jeanselme, Gougerot et Le Coniat, Jeanselme et Burnier, Crouzon, Jeanselme, Burnier et Eliascheff, Gougerot, Burnier et Eliascheff, Rousset et Gonthier, Milian et Baussan) ; en *Italie* (Truffi, Sparaccio, Sannicandro) ; en *Bosnie* (Sellei) ; en *Autriche* (Welti, Fuhs, Matras, Planner) ; en *Suisse* (de Quervain, Tièche) ; au *Danemark* (Jersild, Nielsen, Kissmayer) ; en *Tchéco-Slovaquie* (Pick, Bezecny) ; en *Angleterre* (Worster-Drought, Parkes, Weber, Lane) ; en *Hongrie* (Sellei) ; en *Pologne* (Oppenheim) et en *Suède* (Fex).

ÉTIOLOGIE

De nombreuses discussions se sont élevées au sujet de l'étude étiologique des nodosités justa-articulaires. A l'heure actuelle, la plupart des auteurs considèrent ces nodosités comme constituant un véritable *syndrome* relevant lui-même de plusieurs causes : hygromas, fibromes, filariose, mycoses, boubas brésilienne et surtout pian et syphilis.

Dans les régions comprises entre les Tropiques (Congo belge, Malaisie, etc...) où le *Pian* est une affection très répandue, il est vraisemblable que l'on puisse rattacher ce syndrome à une étiologie pianique.

Daven rapporte, d'ailleurs, pour ces pays, sur 80 cas de nodosités juxta-articulaires, 78 cas pour lesquels le pian était reconnu comme facteur étiologique.

Van Loon, Clapier, Gessner, firent des observations analogues. D'autres auteurs, Van Dijke, Oudendal, Clapier, Van Loon, Van Hoof, Tagasaki, Ikegana mirent en évidence sur des coupes de nodosités excisées, l'existence de tréponèmes qui plaidaient en faveur de l'étiologie pianique.

Mais en admettant ce facteur causal, il est toutefois

normal de ne pas considérer les nodosités juxta-articulaires comme étant une affection uniquement rencontrée aux pays du pian. Dans de nombreuses régions, hors des tropiques, cette affection a été reconnue, étudiée et la syphilis est alors le seul facteur étiologique qui ait été reconnu.

La syphilis, d'ailleurs, existe aussi dans les pays tropicaux.

En résumé :

Etiologie pianique des nodosités juxta-articulaires pour les régions à pian.

Etiologie syphilitique des nodosités juxta-articulaires pour toutes les autres régions.

Cette étiologie spécifique, reconnue, vérifiée par 98 % des observations environ est basée sur 3 *facteurs* : clinique, sérologique et thérapeutique.

DATE D'APPARITION

I. — **Cliniquement.** — Les nodosités juxta-articulaires, comme nous l'avons vu, peuvent s'observer aussi bien chez les hommes que chez les femmes, chez des sujets âgés d'environ 30 à 40 ans, mais aussi chez des vieillards.

Elles peuvent apparaître assez rapidement après l'infection initiale (Cange, Truffi, Jessner, Goodman ont étudié des cas déclarés 1 à 3 ans environ après le début de l'affection syphilitique) ou au contraire ne survenir que très tardivement : 25 à 30 ans après le chancre. Jeanselme eut un cas pour lequel la première atteinte remontait à 29 ans. Gougerot, Burnier et Eliascheff, dans une observation, citent des nodosités juxta-articulaires survenues 31 ans après le début de la syphilis. Enfin, les nodosités juxta-articulaires peuvent apparaître chez les hérédo-syphilitiques (Lutz, Kossov, Smelof).

Chez certains malades, les nodosités juxta-articulaires peuvent coexister avec d'autres manifestations syphilitiques. Très fréquemment, des sujets atteints de nodosités juxta-articulaires présentent en même temps des *accidents tertiaires*.

C'est ainsi que la malade de Lévine présentait,

outre des nodosités des coudes et des genoux, des syphilides tuberculeuses cutanées.

Jordan a observé des nodosités juxta-articulaires chez une femme de 50 ans atteinte d'ulcère gommeux de la jambe gauche avec périostose tibiale.

Bubermann a vu des nodosités juxta-articulaires grosses comme une prune chez un syphilitique présentant des syphilides tuberculeuses cutanées. De même Olessov, chez 3 malades porteurs de nodosités juxta-articulaires, observa chez le premier un érythème syphilitique tertiaire, chez le second une aortite, chez le troisième des syphilides tertiaires concomitantes.

Chez une malade de Procoptcouck, l'observation rapporte l'existence de manifestations syphilitiques tertiaires, papules, gommès, ulcères, aortite, tabès. De même sur un cas de nodosités observé par Kossov.

Un malade de Jessner avait une paralysie du M.O.E. gauche et une dilatation de l'aorte.

Werther signale un cas de syphilis cérébrale coexistant avec une nodosité du coude gauche apparue 19 ans après l'infection syphilitique.

Jeanselme observe chez un malade une hépatite scléreuse avec asystolie, vraisemblablement syphilitique.

Chez certains malades, on note également l'existence de leucoplasie linguale et jugale (Gougerot, Burnier, Eliascheff, Balina, Montpellier) de chorio-rétinite, d'iritis (Weber, Pick),

Il est beaucoup plus rare de constater l'existence de *manifestations secundo-tertiaires ou secondaires* chez un malade présentant des nodosités juxta-articulaires. Certains auteurs rapportent quelques cas cependant de lésions secundo-tertiaires psoriasiformes (Jannin, Dekester et Martin, Delanoë, zur Werth) de syphilides secondaires de la peau ou des muqueuses (Argand et Cange).

Nogué cite la coexistence de nodosités et de syphilides péri-anales et scrotales.

Poupelain, de syphilides palmo-plantaires.

Van Dijke et Oudendal, de roséole.

Jordan, Prokoptchouck de syphilides papuleuses.

Par contre, on ne vit jamais apparaître de chancre syphilitique chez un malade déjà atteint de nodosités juxta-articulaires.

Les nodosités juxta-articulaires ont été souvent observées *au cours de manifestations articulaires* : douleurs rhumatismales ou polyarthrites déformantes chroniques.

Leurs caractères anatomique et clinique permettent de séparer les nodosités juxta-articulaires des autres nodosités que l'on peut voir au cours de rhumatismes : nodosités de Meynet nodosités d'Heberden, nodosités de Bouchard.

Un certain nombre d'auteurs relatent la coexistence de ces nodules avec ces manifestations rhumatismales.

Sparraccio a observé 3 ou 4 nodosités autour de chaque coude apparues chez un homme de 30 ans après

une poussée de rhumatisme poly-articulaire. Le Bordet-Wassermann était positif.

Jeanselme vit chez un homme de 60 ans, syphilitique depuis 33 ans, de multiples nodosités juxta-articulaires apparues un an auparavant après une poussée rhumatismale qui dura 3 semaines. Hépatite scléreuse et Bordet-Wassermann positif.

Goodman, Noël, Jeanselme, Burnier et Eliascheff, Jessner, Jordan, Stern, Hopkins firent des observations analogues. Mais les réactions humorales fortement positives, l'influence rapide du traitement antispécifique chez ces malades semblent permettre de rattacher ces accidents rhumatismaux au pseudo-rhumatisme syphilitique.

D'autres auteurs, par contre, ont admis en se basant sur l'existence de ces douleurs articulaires la nature purement rhumatismale, tuberculeuse ou goutteuse de ces nodosités (Grouzon, Selli, Girard, Fontognont).

Grouzon signale 5 cas de nodosités apparues au cours de rhumatisme chronique déformant, chez lesquels, par ailleurs, l'examen était négatif; il n'y avait aucun stigmatisme de syphilis, le Wassermann était négatif.

Cependant, dans un de ces cas, chez une malade âgée de 80 ans et atteinte de rhumatisme chronique ayant entraîné une ankylose et luxation des coudes, des mains et des pieds, et ayant précédé d'environ 18 ans l'apparition de nodosités juxta-articulaires, on note l'existence d'une lésion aortique qui rend possible

et vraisemblable l'hypothèse d'une étiologie spécifique et permettrait de rattacher ces manifestations rhumatismales à un pseudo-rhumatisme syphilitique tardif.

II. — Du point de vue **sérologique** il est important de noter les résultats des réactions de Bordet-Wassermann pratiquées, qui dans 98 % des cas se sont montrées positives.

D'ailleurs, actuellement, en présence d'un malade porteur de nodosités juxta-articulaires, le premier réflexe doit être de pratiquer un examen de sang qui permettra de commencer au plus vite un traitement antisiphilitique.

III. — En effet **le traitement** par les divers médicaments anti-spécifiques a dans un très grand nombre de cas amené une régression rapide sinon une disparition totale des nodosités juxta-articulaires. Quel que soit le médicament employé, arsénobenzol, bismuth, mercure ou iodure, les résultats furent le plus souvent probants.

Lane, Paramagian, Appel signalent la disparition de nodosités après quelques injections d'arsénobenzol.

Jessner obtient une régression rapide après traitement bismuthique et salvarsanique.

Rosow après une série de bismogénol.

Irvine et Turnacliff avec de l'iodure de potassium et des frictions de mercure, etc.

La régression toutefois n'est pas dans chaque cas

aussi rapide et aussi absolue. Il faut faire une distinction quant aux résultats thérapeutiques entre les nodosités nouvelles qui réagissent particulièrement bien aux différents médicaments et les nodosités déjà anciennes devenues plus ou moins fibreuses et par là même plus rebelles aux traitements.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des nodosités juxta-articulaires ne présente aucune difficulté. Il faut y penser et ceci permettra dans les pays tropicaux d'éliminer facilement les *nodosités filariennes* ou les *lépromes* sous-cutanés.

Dans nos pays il faudra éliminer :

Les *gommes syphilitiques lipomateuses*, les *bursites syphilitiques* de Verneuil de sièges différents, les *gommes tuberculeuses*, les *sarcoïdes sous-cutanées*, qui d'ailleurs, peuvent être d'origine syphilitique, les *hygromas*, les *paraffinomes*, les *oléomes*, les *nodosités d'Heberden* ou de *Bouchard*, qui sont des nodules osseux et non plus des nodosités sous-cutanées.

Les *nodosités de Meynet* qui apparaissent au cours de rhumatismes aigus, et qui peuvent incidemment siéger au voisinage d'une articulation, mais dont les sièges de prédilection sont le cuir chevelu et l'avant-bras.

Les *tophi goutteux*, les *concrétions calcaires*, les *xanthomes*, les *fibromes* et les *chondromes*.

Souvent, d'ailleurs, un traitement spécifique servira de traitement d'épreuve et permettra d'affirmer ce diagnostic.

OBSERVATIONS

I. — Nodosités juxta-articulaires observées chez des indigènes des pays exotiques tropicaux ou chez des Européens ayant séjourné dans ces pays.

En mai 1920, Gougerot, Burnier et Bonnin rapportaient l'histoire d'un Français ayant séjourné 25 ans auparavant à Madagascar et qui, à son retour en France, contracta la syphilis ; 20 ans après, il présente des nodosités juxta-articulaires des fesses et des coudes. Bordet-Wassermann positif ; régression des tumeurs sous l'influence du traitement.

En *Indochine*, Montel observe sur 4 Annamites à Saïgon des nodosités juxta-articulaires qui disparaurent par l'arséno-benzol.

Au *Sénégal*, Nogué, dans 4 cas sur 8 de nodosités juxta-articulaires, constate des manifestations syphilitiques en activité, 2 autres malades présentaient des signes d'hérédo-syphilis, un autre était ancien syphilitique et le huitième avait un Bordet-Wassermann positif.

Au *Brésil*, Montenegro a vu apparaître des nodo-

sités juxta-articulaires chez une femme 5 ans après le début de la syphilis. Quant aux cas publiés par de Matta, da Silva, Terra, ils concernent tous des sujets syphilitiques.

Dans les *Iles Malaises*, par contre, Van Dijke et Oudendal ont observé quelques cas de nodosités juxta-articulaires chez des syphilitiques, mais il semble que, dans ces régions, c'est le pian qui domine et une réaction de Bordet-Wassermann positive chez un malade ne prouve pas la nature syphilitique des nodosités juxta-articulaires.

II. — Cas de nodosités juxta-articulaires, observées dans l'Afrique du Nord.

Dans cette région où le pian est inconnu, les cas nombreux de nodosités juxta-articulaires observés soit chez des Européens syphilitiques, soit chez des Indigènes, présentent un intérêt capital en faveur de l'étiologie spécifique de ces lésions.

EN ALGÉRIE :

Cange et Argaud rapportent l'observation d'une femme de 56 ans, présentant en même temps que des manifestations secondaires cutanées et oculaires, des nodosités juxta-articulaires des 2 régions olécraniennes.

Une autre femme arabe, âgée de 30 ans, ancienne syphilitique, présentait des nodosités symétriques des

2 avant-bras et qui régressèrent à la suite d'un traitement par le cyanure et le biiodure de Hg.

Foley et Parrot, sur 21 cas de nodosités juxta-articulaires qu'ils observèrent ont pu noter chez tous les malades des manifestations syphilitiques en évolution ou anciennes. Polymortalité infantile — avortements répétés —. Bordet-Wassermann le plus souvent positif et le traitement d'épreuve efficace.

Argaud et Nenon, après examen histologique d'une nodosité juxta-articulaire découverte chez un Algérien, concluent à la nature spécifique de la tumeur.

Noël a observé des nodosités juxta-articulaires chez une Européenne ayant séjourné en Afrique du Nord et qui régressèrent à la suite d'un traitement à l'iodure.

AU MAROC :

Dekester et Martin observèrent 15 cas de nodosités juxta-articulaires. Dix fois les lésions coïncident avec des manifestations secondaires-tertiaires. Ces auteurs, d'autre part, citent le siège un peu particulier et médio-frontal d'une de ces nodosités.

EN TUNISIE :

Jamin constate 3 cas de nodosités juxta-articulaires chez des syphilitiques dont 2 présentaient des lésions en activité.

III. — Malades n'ayant pas habité des pays tropicaux ou coloniaux.

Aux Etats-Unis, sous le nom de *syphilitic Bursitis* ou de *Fibroid syphiloma*, de nombreuses observations de nodosités juxta-articulaires ont été rapportées et qui survenaient, soit chez des sujets nés aux Etats-Unis et n'ayant jamais quitté le pays, soit chez des Européens émigrés.

Il Fox observe ainsi chez une négresse âgée de 45 ans, née aux Etats-Unis, des nodosités juxta-articulaires des coudes et des genoux. Une réaction de Bordet-Wassermann chez cette malade était positive.

Goodmann et Young publient l'observation d'une femme blanche de 27 ans, n'ayant jamais quitté les Etats-Unis et présentant des nodosités juxta-articulaires symétriques des coudes et du genou gauche. La biopsie permet de croire à l'étiologie syphilitique probable d'un granulome. D'autre part le Bordet-Wassermann est positif.

Lane cite un cas à peu près identique chez un homme de 45 ans, porteur de nodosités symétriques des 2 coudes qui disparaissent à la suite de 6 injections de novarsénobenzol.

Parounagian et Rulison observent chez un Russe, qui avait contracté la syphilis environ 13 mois avant, des nodosités sous-cutanées, d'une dureté cartilagineuse, roulant sous le doigt, mobiles sous la peau, au

voisinage de chaque olécrane. Bordet-Wassermann positif.

Chez un autre malade, aux Etats-Unis, syphilitique depuis 19 ans, Bordet-Wassermann positif, le traitement arsénobenzolique et mercuriel fait disparaître une nodosité juxta-articulaire du coude gauche.

Lévine a constaté chez un homme de 55 ans plusieurs nodosités, dont quelques-unes autour du coude et du poignet gauche s'ulcérèrent. Bordet-Wassermann positif.

Appel a vu chez un homme de 23 ans, syphilitique depuis 5 ans, des nodosités juxta-articulaires des 2 coudes qui précédèrent de 2 ans des rhumatismes des coudes et des genoux. Toutes les lésions disparurent rapidement sous l'influence d'un traitement arséno-benzolique et ioduré.

Maloney constate de même chez une femme de 45 ans, née en Autriche, des nodosités juxta-articulaires des 2 genoux et des 2 avant-bras, avec Bordet-Wassermann positif et qui régressent complètement à la suite du traitement.

Schwartz a observé chez un homme de 47 ans, syphilitique depuis 4 ans, un nombre important de nodosités juxta-articulaires : 50 nodules sous-cutanés du volume d'un pois à une noisette et siégeant autour des doigts des 2 mains. En outre, un nodule de la grosseur d'un œuf existait au coude droit. Bordet-Wassermann positif.

Oleynik rapporte l'observation de nodosités juxta-articulaires conjugales. Le mari, né aux Etats-Unis, 31 ans, présentait au poignet droit, aux genoux et aux mains, des nodosités grosses comme une cerise, les unes mobiles sous les téguments, les autres adhérentes à la peau et douloureuses à la pression ; Bordet-Wassermann positif. A la suite de 8 injections de bismuth, les douleurs disparurent et quelques-unes des nodosités régressèrent.

La femme, née au Canada, 27 ans, se plaignait d'une céphalée nocturne très tenace. De plus, depuis environ 18 mois, elle présentait aux genoux, aux coudes et aux poignets des nodules sous-cutanés, durs et mobiles sous la peau. Bordet-Wassermann positif. A la suite de 8 injections de bismuth, la céphalée disparut et les nodosités régressèrent.

Irvine et Turnacliff, chez une femme scandinave âgée de 67 ans, observèrent des nodosités juxta-articulaires des 2 régions olécraniennes et qui dataient de 7 ans. Ces lésions disparurent à la suite d'un traitement à l'iodure de potassium et aux frictions de mercure.

Lévine enfin rapporte le cas d'une américaine de 30 ans, qui présentait des nodosités juxta-articulaires des 2 coudes datant de 2 ans et des 2 genoux, apparues environ depuis 8 à 10 mois et chez laquelle le Bordet-Wassermann était positif.

A CUBA :

Pardo Castello constata un nombre important de nodosités juxta-articulaires toutes d'origine syphilitique.

Ferrer observe de même 7 cas de nodosités juxta-articulaires ne coïncidant avec aucune autre lésion spécifique, mais avec Bordet-Wassermann positif et influence rapide du traitement.

En Europe : nombreux furent les cas de nodosités juxta-articulaires observés et tous relèvent d'une étiologie syphilitique.

EN RUSSIE :

Bubermann a observé chez une femme de 33 ans, syphilitique depuis 7 ans, une nodosité juxta-articulaire, du volume d'une prune, de la région trochantérienne et coïncidant avec des syphilides tuberculeuses cutanées.

Jordan a vu des nodosités juxta-articulaires des 2 coudes chez une malade de 50 ans présentant une arthrite déformante, un ulcère gommeux de la jambe gauche depuis 4 ans. Les nodules ont rapidement disparu sous l'influence du traitement.

Rossov signale, chez un homme de 33 ans, une quinzaine de nodules sous-cutanés, du volume d'un œuf de pigeon, situés sous la moitié droite du thorax. Ce malade présentait en outre une périostose tibiale, un Argyll Bordet-Wassermann positif. Traité par le bismogénol, la guérison fut complète.

Olessov publie 3 cas de nodosités juxta-articulaires :

1° Un malade de 63 ans présentait depuis 15 ans au-dessus du coude droit 4 nodosités sous-cutanées indolores et de la grosseur d'une cerise. A l'examen général : aortite, Bordet-Wassermann positif;

2° Une femme de 32 ans, avait dans la région olécranienne gauche une nodosité de la taille d'une noix, coexistant avec un érythème syphilitique tertiaire, Bordet-Wassermann positif. Le traitement agit parfaitement, l'érythème disparaît et le nodule est réduit au volume d'un pois ;

3° Une femme de 27 ans présentait 2 nodosités symétriques de la crête cubitale, à 5 cm. environ au-dessus de l'olécrane. On notait de plus des syphilides tertiaires et le Bordet-Wassermann était positif.

Petrouchkine signale 2 cas de nodosités juxta-articulaires chez 2 sujets syphilitiques, n'ayant jamais quitté la Russie.

Le premier cas, chez un Tartare de 38 ans, qui présentait un nodule dur, sous-cutané, de la région trochantérienne droite.

Le deuxième cas, chez une femme de 22 ans présentant des nodosités en chapelet le long de l'humérus gauche et de la crête tibiale droite.

Rossof a observé chez un sujet hérédosyphilitique des nodosités sous-cutanées, apparues à l'âge de 12 ans. D'autres manifestations syphilitiques existent à type tertiaire.

Smeloff a noté un autre cas de nodosité juxta-articulaire chez une hérédosyphilitique présentant depuis l'âge de 17 ans des syphilides tuberculeuses. Les nodosités multiples des genoux et des coudes étaient apparues 4 ans auparavant.

Procoptchouck a rapporté 5 cas de nodosités juxta-articulaires (3 cas chez des hommes, 2 cas chez des femmes) de malades étant en outre porteurs de lésions syphilitiques variées : gommès, papules, aortite, tabès, Bordet-Wassermann positif.

Namin enfin signale 2 cas de nodosités juxta-articulaires syphilitiques à la clinique de Bakou.

EN ALLEMAGNE :

Werther signale chez un homme de 40 ans une nodosité juxta-articulaire du coude gauche apparue 19 ans après le début de la syphilis. Le nodule disparut à la suite d'un traitement salvarsanique. Le Bordet-Wassermann était négatif.

Jessner a rapporté 3 cas de nodosités juxta-articulaires syphilitiques :

1° Un homme de 60 ans, syphilitique depuis 38 ans, constata, 2 ans après l'infection, l'apparition aux 2 coudes de nodules qui augmentèrent lentement de volume ; puis apparurent d'autres nodosités du genou droit et au poignet gauche. A l'avant-bras gauche existe 1 nodule de la taille d'un œuf de poule. A l'avant-bras droit, 5 nodules de volume divers, le plus gros, de la taille d'un œuf de pigeon. Bordet-Wassermann positif.

Rapide amélioration par le BI et le Salvarsan.

2° Un polonais présente depuis dix ans une nodosité symétrique du coude de la grosseur d'un œuf, mobile sous la peau, de consistance dure. Bordet-Wassermann positif.

3° Un Allemand, âgé de 57 ans, présentait une dilatation de l'aorte avec paralysie des M. O. E. gauche. Avait en outre depuis 8 ans sur la tubérosité tibiale gauche une nodosité sous-cutanée de consistance dure, indolore et de la taille d'une petite pomme. Bordet-Wassermann positif.

Martin rapporte l'efficacité d'un traitement au Salvarsan chez un malade syphilitique depuis 11 ans et présentant de multiples nodosités du coude, pied droit, pour lesquels l'étiologie rhumatismale avait été discutée. Bordet-Wassermann positif.

Gottron signale l'amélioration à la suite du traitement d'un cas de nodosité juxta-articulaire chez un spécifique.

Stern a noté un cas de nodosité juxta-articulaire du coude chez une syphilitique de 52 ans et un autre cas chez un homme de 35 ans pour lequel l'infection spécifique remontait à 5 ans.

EN POLOGNE :

Oppenheim a observé une malade prostituée, âgée de 26 ans, ayant contracté la syphilis 6 ans auparavant, en 1926 ; la malade a été mal traitée, n'ayant reçu et irrégulièrement pendant ce laps de temps

que 2 séries de piqûres. En 1932, elle entre dans le service du D^r Mezynski pour état général très déficient. La malade est extrêmement affaiblie, amaigrissement marqué, douleurs disséminées et réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

A l'examen physique, on découvre à environ 2 cm. au-dessous de l'olécrane droit, 2 nodules sous-cutanés, de la taille d'une noix, apparus, aux dires de la malade, quelques mois auparavant. Ces nodosités sont d'une dureté ligneuse, mobiles sous la peau et sur les plans profonds, non douloureuses. La peau qui les recouvre est absolument normale.

On note de plus, au-dessous de l'articulation du genou droit, au niveau de l'extrémité supérieure du tibia une autre nodosité, de taille un peu plus marquée, présentant les mêmes caractères que les nodules du coude droit.

Le traitement par le salicylate de soude ne provoque aucun résultat.

On fait un traitement antispécifique et à la suite d'une première série, l'état général de la malade est très amélioré; quant aux nodosités, elles ont progressivement régressé pour finalement disparaître complètement.

L'aspect clinique et le résultat du traitement spécifique permettent à l'auteur de ranger ce cas dans le syndrome des nodosités juxta-articulaires de Jean-selme, probablement d'origine syphilitique.

EN HONGRIE :

Un seul cas de nodosité juxta-articulaire est rapporté par Sellei sous le nom de « tumor fibrosus syphiliticus ».

EN ITALIE :

Truffi constate, 2 ans après l'infection, chez un homme de 28 ans, l'apparition de 2 nodosités sous-cutanées du coude gauche, suivies bientôt de l'apparition de semblables lésions au coude droit, au genou droit, à la face interne du pied gauche et aux 2 fesses. Bordet-Wassermann positif. Guérison par le traitement antispécifique.

Par contre, dans un cas publié par Sparaccio, le traitement antispécifique resta sans résultat sur les nodosités dures apparues autour de chaque coude chez un homme de 30 ans ayant un Bordet-Wassermann positif.

Sannicandro signale le cas d'un malade de 48 ans, ayant contracté la syphilis dans sa jeunesse et qui présente depuis 10 ans environ des nodosités juxta-articulaires à multiples localisations : 2 aux 2 coudes, 2 aux genoux, 1 sur l'épaule, 3 à la fesse gauche. Aortite et Bordet-Wassermann positif.

EN ANGLETERRE :

Parkes Weber a noté un cas de nodosités juxta-articulaires chez un homme de 60 ans.

Nodosités multiples des membres inférieurs appa-

rues depuis 8 ans, coexistence d'une induration nodulaire périurétrale du pénis et d'une chorio rétinite de l'œil droit. Bordet-Wassermann positif.

EN FRANCE :

Gougerot et Le Coniat ont observé chez une femme de 62 ans, n'ayant séjourné qu'en France, des nodosités des 2 genoux dont 2 étaient ulcérées. Bordet-Wassermann positif. Résorption complète des nodules en une vingtaine de jours par une série de 0,06 à 0,30 de sulfarsénol.

Jeanselme a signalé chez un homme de 60 ans, syphilitique depuis 33 ans, des nodosités juxta-articulaires multiples aux 2 poignets, aux 2 coudes, à la tête du péronée gauche, à l'épine iliaque postérieure droite, apparues depuis un an après une poussée rhumatismale qui dura 3 semaines. Bordet-Wassermann positif.

Jeanselme, Burnier et Eliascheff observèrent chez un sujet de 34 ans, syphilitique depuis 10 ans, ayant séjourné pendant un laps de temps assez court en Egypte et en Algérie une nodosité du conde gauche apparue 2 ans auparavant. Bordet-Wassermann positif.

Gougerot, Burnier et Eliascheff signalèrent, en 1928, un cas de nodosité juxta-articulaire d'origine syphilitique chez un homme âgé de 51 ans, ayant contracté la syphilis il y a 30 ans. Apparition 2 mois auparavant d'une nodosité mobile sous la peau, adhérente aux plans profonds, indolente, paraissant noyée dans une masse grasseuse. Bordet-Wassermann négatif.



L'ablation chirurgicale de la nodosité faite par M. Cadenat montra une nodosité grosse comme une noisette, présentant après section une cavité centrale contenant un liquide louche.

OBSERVATION PERSONNELLE (*inédite*).

(Clinique de l'Hôpital Saint-Louis).

N° 110.329. — Ali Ben... 38 ans, aurait eu la syphilis il y a 9 ans.

En 1928, c'est-à-dire 10 ans après l'infection, apparurent : une nodosité sous-cutanée du bord externe du pied gauche, du volume d'une noisette, ayant depuis régressé progressivement ;

Une nodosité symétrique de la région des 2 trochanters, de la grosseur d'une prune environ, et ayant complètement disparu spontanément, ne laissant comme séquelle qu'une achromie cutanée.

Il y a 15 mois le malade constata l'apparition de nouvelles nodosités, nodosités symétriques juxta-olécraniennes.

Il y a 8 mois, apparition de 2 nodosités symétriques des 2 fesses.

Le 10 octobre 1931, le malade vient consulter pour ces nodules sous-cutanés.

On retrouve à l'examen des nodosités symétriques juxta-olécraniennes descendant le long du cubitus.

Sur le bras droit : 4 nodosités en chapelet, de la grosseur d'une noisette à une noix, d'une dureté cartilagineuse, indolentes, mobiles dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Sur le bras gauche : 3 nodosités descendant en chapelet le long de la crête cubitale, de la taille d'une noisette à une grosse noix,

de consistance dure, adhérentes à la peau et mobiles sur les plans profonds.

De plus, dans la région fessière et symétriquement on note 2 nodosités dures, indolentes, de la grosseur d'une olive, mobiles sur les plans profonds, adhérentes à la peau.

Enfin, on note un vitiligo disséminé sur le fourreau, le gland et les bourses en taches étendues et sur le dos, la nuque et les lombes en petites taches punctiformes.

Le Bordet-Wassermann est positif.

Une biopsie est faite le 13 octobre 1931 donnant le résultat suivant : lésion ayant toutes les apparences de la syphilis tertiaire.

Le malade est mis ce même jour au traitement bismuthique.

A la suite du traitement, les nodosités régressent sans disparaître complètement : mais le malade quittant l'Europe, demande à être débarrassé chirurgicalement de ces nodosités.

La biopsie a montré que ces nodules étaient composés d'un tissu fibreux, gonflé, pauvre en cellules conjonctives, ayant au centre et par places perdu sa structure fibrillaire, se présentant sous forme d'une masse homogène. Les nodules, dans les parties périphériques, où la structure fibrillaire est conservée, sont parcourues par de très nombreux vaisseaux sanguins néoformés et dilatés présentant un certain degré d'endovascularite.

CONCLUSION

Signalées une première fois en 1798 par Bertin, mentionnées en 1891 par A. Lutz, les nodosités juxta-articulaires ont été dénommées et décrites par Jean-selme en 1900.

Ce sont des nodules sous-cutanés, saillants, arrondis ou lobulés, de la grosseur d'un pois à celui d'un œuf de poule, de consistance dure, généralement mobiles sur les parties sous-jacentes et sous la peau, qui d'ordinaire est normale. Leur trait le plus particulier est qu'elles siègent presque exclusivement sur la face d'extension des coudes et des genoux et sur les crêtes osseuses. Indolentes, toujours multiples, très souvent symétriques, elles peuvent régresser spontanément, mais dans la règle, persistant indéfiniment, et très rarement se ramollissent et s'ulcèrent. L'étude histologique de ces nodosités, faite par Mlle Eliascheff en particulier, les montre composées de congglomérats fibreux plus ou moins dégénérés et présentant en outre des lésions fréquentes d'endovascularite.

Des observations nombreuses qui ont été publiées il ressort que cette affection se rencontre avec une fréquence particulière dans certains pays tropicaux, elle se manifeste en outre un peu partout et s'observe

aussi chez des sujets Européens n'ayant jamais quitté leur pays.

En reconnaissant donc la fréquence particulière du *pian* comme étiologie normale des nodosités sous-cutanées dans les pays tropicaux, il semble que l'on puisse, dans nos régions, admettre la pathogénie syphilitique comme la plus vraisemblable et la plus fréquente.

En présence de tout malade, n'ayant jamais été aux colonies et présentant néanmoins des nodosités juxta-articulaires diagnostiquées, le premier réflexe actuellement doit être de rechercher la syphilis.

Nous avons vu que dans 98 % des cas de nodosités non tropicales la réaction de Bordet-Wassermann a été trouvée complètement positive.

Dans l'immense majorité des cas, en effet, la nodosité est histologiquement un syphilome fibreux ou fibroïde, qui disparaîtra plus ou moins rapidement sous l'influence d'un traitement spécifique, en distinguant cependant l'action rapide et complète du traitement sur les lésions récentes et non fibreuses, et l'action incomplète sur les nodosités fibreuses.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Jeanselme. — Traité de la syphilis, t. III, 1932. Doin éditeur.

Hoffmann. — Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten, t. XII, n° 1. Springer, éditeur.

Observations récentes.

Araviski et Buchvalter. — Infection symbiotique dans les nodosités juxta-articulaires syphilitiques (Soviet viestnik dermat., t. IX, mars 1931, p. 241).

Balina, Besombrio et Aubrun. — A proposito de dos cases da nod. jux. art. (Rev. Argentina de dermat., t. XIII, p. 54).

Berson et Blebanof. — Au sujet des nodosités juxta-articulaires (Vénérologie et Dermat. (russe), n° 2, 1930).

Bezegnny. — Juxta art. Fibrome (Deuts. dermat. Ges. in der tchecosbv. Reput., 26 octobre 1930).

Brunsting. — Syphilit. juxta-art. nodes (Americ. Journ. of syphil., t. XV, janvier 1931, p. 42).

Crouzon et Gaucher. — Nodes J. A. au cours de rhumatisme chronique (Monde médical. Paris, 15 novembre 1932).

Frazier. — Nodes juxta art. isolation of Treponema Pallidum, (Proc. Soc. Exper. Biol. et med., 29, 1167, 68; juin 1932).

Froelich. — Zur Kenntnis der breitschen juxta artic. Knotenbildungen (Arch. f. Derm., t. CCXVI, n° 1, 1932).

Fuhs. — Nod. juxta-art. Neben tubero serpiginösen syphilid. (Wiener dermat. Gesell., n° XXI, novembre 1929).

Gotttron. — Juxta art. Knoten, Berlin. (Derm. Gessell., 11 juin 1929).

- Hoffmann.* — Luetischer juxta-art. Knoten, 55 Tagung der Verein. (Südwestdeutscher Dermatologen, Stuttgart, 9 mai 1931).
- Hopkins.* — Subcutaneous nodules of the juxta-art. type (Bull. John Hopkins hosp., t. XLIX, juillet 1931, p. 5).
- Ivanof.* — Nod. juxta-art. Vénéréol. et Dermatol. (russe), 1930, n° 4 et n° 5.
- Komarov.* — 2 cas de nod. juxta-art. (Syphilit. Rousski viestnik dermat., t. VIII, 1930, nos 7 et 8).
- Liebkind.* — Juxta-art. Knoten (Ver. Dresdner Dermatol., 4 novembre 1931).
- Lichovidov.* — Quelques mots sur les nod. juxta-art. (Vénéréol. et Derm. (russe), 1929, n° 12).
- Lunsford.* — Syph. juxta-art. nodes. (San Francisco dermat. soc., 4 décembre 1931).
- Milian et Baussan.* — Nod. juxta-art. (Revue fr. de dermat. et vénéréol., t. VIII, n° 4, 1932).
- Planner.* — Juxta-art. Knoten bei lues (Wiener dermat. Ges., 10 mars 1933).
- Povoa.* — Nodulos subcutané art. (Sao Paulo Médico, t. 1, nos 6 et 7, oct.-novembre 1930, p. 297).
- Rousset et Gonthier.* — Nod. juxta-art. Soc. dermatol. Lyon, n° 7, 1931.
- Selliei.* — Tumor fibrosus syphiliticus (Arch. f. Derm. n. Syph., t. LXII n° 1, 1931).
- Skolnik.* — Juxta-art. nodes. (Chicago Derm. Soc., 20 janvier 1932).
- Montel.* — Nod. J. A. (Bull. Soc. de Path. Exot., XXVI, n° 3, mars 1933, p. 458).
- Wellt.* — Uber nod. juxta-art. (Arch. f. Derm., t. XLIX, n° 3, 1930).

